

Fixeren of niet fixeren?

Lieven GOEMINNE

Dolf DE RIDDER

Axel LIÉGEOIS

Personalia

Lieven GOEMINNE

Hoofdverpleegkundige geriatrie

AZ Damiaan Campus St.-Jozef

Oostende

Dolf DE RIDDER

M.A. psychology, diëtist

Verpleegkundig Departement Wit-Gele Kruis van Vlaanderen

Gastprofessor Plantijn Hogeschool Antwerpen en VUB

Axel LIÉGEOIS

Ethicus

Hoofddocent Faculteit Godgeleerdheid KULeuven

Stafmedewerker Broeders van Liefde

Inhoud

Personalia	3
Inleiding	9
1	
Begripsverheldering	11
1. <i>Definities</i>	12
2. <i>Middelen</i>	14
3. <i>Besluit</i>	16
4. <i>Literatuur</i>	17
2	
Waarom worden ouderen gefixeerd?	19
1. <i>Waarom fixeren verpleegkundigen en verzorgenden hun bewoner/patiënt?</i>	20
1.1. <i>Vallen voorkomen</i>	20
1.2. <i>Probleemgedrag</i>	23
1.3. <i>Op vraag van familie</i>	23
1.4. <i>Incontinentieproblemen</i>	24
1.5. <i>Therapieën</i>	24
2. <i>Vertonen de gefixeerde ouderen in instellingen bepaalde kenmerken?</i>	24
3. <i>Niet-patiëntgebonden invloeden</i>	25
4. <i>Mythes en opvattingen over fixatie</i>	27
5. <i>Wordt fixatie veel toegepast?</i>	29
6. <i>Wat denken de gefixeerde personen erover?</i>	31
7. <i>Is fixeren effectief?</i>	32
8. <i>Literatuur</i>	33
3	
Waarom niet fixeren?	37
1. <i>De filosofie van fixatievrije zorgverlening</i>	37
2. <i>De organisatie van de afdeling/instelling</i>	39
2.1. <i>Een huiselijke sfeer</i>	39
2.2. <i>Het dagschema</i>	40
2.3. <i>De groepsactiviteiten</i>	41
2.4. <i>Multidisciplinaire samenwerking</i>	43
3. <i>De houding van de zorgverleners</i>	47
3.1. <i>De artsen</i>	47
3.1.1. <i>De geriater van de afdeling geriatrie</i>	47

3.1.2.	De huisarts in het rusthuis	48
3.2.	De verpleegkundigen en de verzorgenden	49
3.2.1.	Hun houding tegenover voeding en vocht	49
3.2.2.	Tolerantie met betrekking tot de bewegingsvrijheid	50
3.2.3.	Omgaan met onrust	50
3.2.4.	Geduld	50
4.	<i>De middelen</i>	51
5.	<i>Protocol en standing order</i>	52
6.	<i>Literatuur</i>	53
4		
	Een fixatiereducerend beleid	55
1.	<i>Niet meer fixeren. Strategieën en maatregelen om het gebruik van fixatie te verminderen</i>	55
1.1.	De negatieve aspecten van fixatie	57
1.2.	Alternatieven aanbieden en het zoeken van andere oplossingen voor probleemgedrag aanmoedigen	59
1.3.	De zorgverlening aanpassen: een fixatiearm beleid	60
1.3.1.	Een fixatiearm beleid stelt eisen aan de organisatie van de zorg	60
1.3.2.	Probleemgedrag bestuderen	62
1.4.	Geriatrisch assessment	63
1.5.	Laat de hulpverleners de voorwaarden voor beperkende maatregelen opstellen	64
2.	<i>Deskundigheid</i>	65
3.	<i>Informeren</i>	65
4.	<i>Een plan in praktijk brengen</i>	66
4.1.	Begin met één afdeling	66
4.2.	Stel verzorgers niet verantwoordelijk voor een val van een bewoner	67
4.3.	Stel een strategie op bij het stoppen van fixatie	67
4.4.	Plan	68
4.4.1.	Evalueren van de situatie	68
4.4.2.	Een individueel plan	69
4.5.	Het proces evalueren	71
5.	<i>Literatuur en internetlinks</i>	72
5		
	Voedingszorg: peiler voor fixatiereductie	73
1.	<i>Waarom focus op voedingszorg bij fixeren?</i>	73
2.	<i>Mythen en fixatiepraktijken die nutritionele onverschilligheid versterken</i>	74
3.	<i>Voedingsaanbevelingen</i>	75
3.1.	Pro-actief voedingsbeleid	76
3.2.	Voedingszorg van de gefixeerde persoon	76

3.2.1.	2-uursregel	77
3.2.2.	Regel van niet-onbewaakt artificieel voeden	77
3.2.3.	Regel van kleine frequente maaltijden gevolgd door rust (en/of verhoogd toezicht)	77
3.2.4.	Regel van voedingsinteracties vermijden met chemische fixeermiddelen	78
4.	<i>Hoe de slaagkans van fixatiereductieprogramma's verhogen?</i>	78
4.1.	Algemene voorwaarden fixatiereductieprogramma's	78
4.2.	Selectieprincipes fixatiemiddelen	79
5.	<i>Besluit</i>	79
6.	<i>Literatuur</i>	80
6		
Ethische beschouwingen		81
1.	<i>Inleiding</i>	81
1.1.	De praktijk: een casus	81
1.2.	Morele intuïtie en ethische reflectie	82
1.3.	Begripsverheldering	83
2.	<i>Verantwoordelijkheid voor het fixeren</i>	84
2.1.	Benadering vanuit de zorgverleners	84
2.2.	Benadering vanuit de bewoner	85
2.3.	Benadering vanuit de relatie	85
2.4.	Overleg tussen zorgverleners, bewoner en familie	86
2.5.	Overleg en toestemming	88
2.6.	Kritische reflectie van de zorgverleners	89
2.7.	Betrokkenheid van familie en vertegenwoordiger	91
3.	<i>Verantwoording van het fixeren</i>	92
3.1.	Analyseren van de situatie	93
3.2.	Zoeken naar handelingsmogelijkheden	94
3.3.	Verhelderen van de betekenissen	94
3.4.	Verhelderen van de gevolgen	95
3.5.	Afwegen van waarden	96
3.6.	Uitvoering van fixatie	98
4.	<i>Besluit</i>	99
5.	<i>Literatuur</i>	100
7		
Juridische aspecten		101
1.	<i>Casus 1</i>	102
2.	<i>Casus 2</i>	103
3.	<i>Casus 3</i>	104
4.	<i>Literatuur</i>	108
Bijlage		109

Inleiding

Waarom een boek over fixeren van ouderen?

Kwaliteitszorg en kwaliteit van leven zijn al jaren actuele onderwerpen in de ouderenzorg. Het is dan ook merkwaardig dat tot op heden het fixeren van ouderen of vrijheidsberovende maatregelen zo weinig aan bod kwamen. Er is vrijwel geen Nederlandstalige literatuur verschenen en wetenschappelijk onderzoek in Vlaanderen hieromtrent is zo goed als onbestaande. De wetenschap over het fixeren van ouderen is in Vlaanderen een onontgonnen gebied. Dit in tegenstelling met bijvoorbeeld de Verenigde Staten waar de laatste vijftien jaar wel onderzoek gebeurde en fixatiereducerende initiatieven werden ondernomen. Toch stel ik vast dat sinds het onderwerp aan bod kwam op de Wintermeeting van de Belgische Vereniging voor Geriatrie en Gerontologie van het jaar 2002 de vraag naar informatie is gestegen, vooral vanuit de rust- en verzorgingstehuizen.

De basis voor de inhoud van dit boek heb ik gehaald uit mijn eigen ervaring als hoofdverpleegkundige van een geriatrische afdeling, uit literatuur en uit contacten met collega's van andere geriatrische afdelingen en rusthuizen. Dolf De Ridder schreef een luik over specifieke voedingszorg in relatie met fixatie en professor Axel Liégeois schreef het hoofdstuk over de ethische aspecten van fixeren.

De inhoud van dit boek moet de lezer doen nadenken over het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen of fixatiemiddelen. Als men na het lezen in de praktijk minder gaat fixeren of een fixatiereducerend beleid gaat ontwikkelen, dan is de opzet van dit werk geslaagd.

Lieven GOEMINNE

Ethische beschouwingen

Prof. dr. Axel LIÉGEOIS

1. INLEIDING

1.1. De praktijk: een casus

Lange tijd is fixeren een vanzelfsprekende praktijk geweest in de ouderenzorg. De laatste jaren wordt die praktijk meer in vraag gesteld. Wanneer we geconfronteerd worden met gegevens over de frequentie van fixeren of met verhalen over de beleving ervan door bewoners of familie, reageren de betrokkenen meestal met morele verontwaardiging of met morele rechtvaardiging. Dit is ook het geval in de volgende casus.

Meneer Peters heeft een goed leven gehad. Als 82-jarige is hij inmiddels bijna 20 jaar gepensioneerd als geslaagd zakenman. Sinds hij aan dementie lijdt, is hij opgenomen in een rust- en verzorgingstehuis. Zijn vrouw komt regelmatig op bezoek. Tijdens het bezoekuur ziet de enige zoon van meneer Peters dat zijn vader in de zetel gefixeerd is. Hevig verontwaardigd spreekt hij hierover een verpleegkundige aan, die hem vertelt dat het nodig is omdat meneer Peters voortdurend wil rondlopen: «Het zou echt onverantwoord zijn hem zijn gang te laten gaan. Hij weet niet goed

wat hij doet, hij zou zeker vallen en iets breken en we kunnen toch niet de hele dag bij hem zitten. 's Nachts beveiligen we hem in bed want hij is zo onrustig.»

De zoon heeft hiervoor niet veel begrip: «Natuurlijk is hij onrustig als jullie hem vastbinden! Dat mag je iemand die zijn hele leven actief geweest is, toch niet aandoen. Tot voor kort woonde hij nog thuis. Bovendien is hij bang voor nauwe ruimtes sinds hij eens in de lift opgesloten is geweest. Ik vind dit onmenselijk en wil dat jullie er iets anders op verzinnen. Als hij eruit mag, wordt hij wel rustiger».

1.2. Morele intuïtie en ethische reflectie

Bij de confrontatie met de praktijk van het fixeren zoals in deze casus, reageren sommigen spontaan met morele verontwaardiging: «Het kan toch niet dat bewoners zomaar worden gefixeerd!»

Daarop reageren anderen dikwijls met een morele rechtvaardiging: «Hoe kunnen zorgverleners anders met zo weinig personeel de veiligheid van bewoners waarborgen?»

Zowel de verontwaardiging als de rechtvaardiging zijn de uitdrukking van een morele intuïtie. De intuïtieve reactie komt onmiddellijk in ons op zonder dat we erover moeten nadenken. Ze is fel gekleurd door het perspectief van waaruit we naar de werkelijkheid kijken, bijvoorbeeld als bewoner, familielid of zorgverlener. Onze betrokkenheid, ervaringen, gevoelens en emoties staan voorop. Wezenlijk houdt deze intuïtie een moreel oordeel in. We voelen bepaalde elementen als wenselijk, goed of waardevol aan, en andere als verwerpelijk, slecht of menonwaardig. Intuïtief maken we een afweging van goed en kwaad.

Onze morele intuïtie is echter steeds subjectief omdat ze uitgaat van onze ervaringen en emoties. Die subjectiviteit kan ons heel fijngevoelig maken voor de morele betekenis of het belang van bepaalde facetten van het fixeren, zoals bijvoorbeeld voor de beleving of de veiligheid van de bewoner. Maar door die bepaalde aspecten sterk op de voorgrond te plaatsen, komen andere aspecten en mogelijk ook het geheel en de context op de achtergrond te staan. De subjectiviteit kan bijgevolg ook heel eenzijdig en partijdig zijn.

Ethiek is nu een kritische reflectie op onze morele intuïtie. We buigen ons opnieuw over de afweging van wat we in onze morele intuïtie als goed of kwaad aanvoelen. In de ethische reflectie maken we die afweging op een kritische en systematische wijze. We zoeken naar een grotere objectiviteit in de subjectiviteit, zonder ooit te kunnen beweren dat we de objectieve waarheid in pacht hebben, los van enige subjectiviteit. Kortom, we zoeken naar een expliciete en zo objectief mogelijke verantwoording van de afweging die we impliciet in onze morele intuïtie maken.

De verantwoording heeft betrekking op twee essentiële vragen: wie is verantwoordelijk en wat is verantwoord?

De eerste vraag heeft betrekking op het subject, met name wie verantwoordelijk is voor het fixeren.

De tweede vraag verwijst naar het object, meer bepaald de verantwoording van het fixeren. Maar vooraleer we aan deze ethische reflectie beginnen, verhelderen we enkele begrippen.

1.3. Begripsverheldering

Fixeren bepalen we hier in ethische termen als het vastleggen van lichaamsdelen of van het hele lichaam waardoor de bewegingsvrijheid van de bewoner beperkt wordt. Fixeren is dus een vorm van vrijheidsbeperking. Onder vrijheidsbeperking verstaan we alle vormen van beperking van de keuzevrijheid van de bewoner, al dan niet tegen zijn of haar wil. De beperking van de bewegingsvrijheid is één vorm van beperking van de keuzevrijheid. Er zijn vormen van vrijheidsbeperking mogelijk waartoe de bewoner toestemming geeft. Wanneer de vrijheidsbeperking gebeurt tegen de wil van de bewoner, is er sprake van dwang. Bewoners beleven fixeren meestal als uitoefening van dwang.

Onder bewoners verstaan we hier elke persoon die een beroep doet op professionele ouderenzorg, ongeacht de aard van de voorziening. Zorgverleners zijn alle beroepsbeoefenaars die professionele zorg verstrekken aan de bewoner. Zowel artsen en paramedici als verpleegkundigen en andere verzorgenden horen onder zorgverleners. Van de professionele of formele zorgverleners onderscheiden we de informele mantelzorgers, namelijk de familie of andere betrokkenen die een bepaalde zorgverantwoordelijkheid opnemen.

Met familie bedoelen we niet alleen de familie in de strikte zin van het woord, maar ook alle mensen uit de directe omgeving die sterk bij de bewoner betrokken zijn. Onder vertegenwoordiger verstaan we een persoon die volgens de wettelijke regelingen de bevoegdheid heeft om de rechten van de bewoner uit te oefenen indien de bewoner dat niet meer zelf kan. De meeste wettelijke vertegenwoordigers zijn familielid van een bewoner.

2. VERANTWOORDELIJKHEID VOOR HET FIXEREN

2.1. Benadering vanuit de zorgverleners

De visie op de verantwoordelijkheid voor het fixeren hangt nauw samen met onze benadering van de relatie tussen zorgverleners en bewoner. Een eerste benadering is de meest traditionele en gaat uit van de verantwoordelijkheid van zorgverleners. Zij zijn beroepsbeoefenaars die opgeleid zijn om goede zorg te bieden aan bewoners. De pijlers van de zorg zijn professionele deskundigheid en menselijke betrokkenheid. Een belangrijk element van die zorg is het voorkomen of herstellen van schade aan de fysieke of psychische integriteit of onschendbaarheid van de bewoners. De waarden van zorg en onschendbaarheid funderen bijgevolg deze benadering. Vanuit die waarden oordelen de zorgverleners of het verantwoord is bewoners te fixeren of niet.

Een overbeklemtonen van de verantwoordelijkheid van de zorgverleners kan echter leiden tot bevoogding of paternalisme. Dit betekent dat de zorgverleners handelen om bestwil van de bewoners, zonder ze enige inspraak te geven, ook al hebben de bewoners nog voldoende vermogens om keuzes mee te bepalen. Vanuit een dergelijke aanpak hebben zorgverleners jarenlang gefixeerd om de integriteit van de bewoners te beschermen. Zo is het ook gebeurd in de casus: de zorgverleners hebben om bestwil beslist dat meneer Peters moet worden gefixeerd, zonder hem of zijn familie daarbij inspraak te geven.

2.2. Benadering vanuit de bewoner

Als reactie op het gevaar voor paternalisme, legt een tweede benadering de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de bewoners. Het is een emancipatorische benadering die uitgaat van het zelfbeschikkingsrecht van de bewoners. Ze moeten hun leven kunnen inrichten zoals ze dat zelf willen en ze moeten zelf keuzes in de zorg kunnen maken. Ze moeten ook zoveel mogelijk kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven. De waarden van autonomie en participatie staan dus centraal. Om die waarden te realiseren wordt het principe van de geïnformeerde toestemming vooropgesteld. Zorgverleners kunnen volgens dit principe enkel een bepaalde tussenkomst doen als de bewoner vooraf voldoende geïnformeerd werd en vrij toestemming geeft. Indien de bewoner dit niet meer kan, dan kan een vertegenwoordiger een geïnformeerde toestemming geven. Deze benadering overheerst momenteel in de ontwikkeling van de ouderenzorg en de wetgeving.

Een te sterk benadrukken van geïnformeerde toestemming kan echter leiden tot formalisme. Dit betekent dat de zorgverleners hun keuzes minder bepalen op basis van hun professionele deskundigheid en betrokkenheid, maar laten afhangen van de geïnformeerde toestemming die ze van de bewoner of vertegenwoordiger krijgen. Het gevaar dreigt dan dat zorgverleners worden herleid tot uitvoerders van de wensen van de bewoner of vertegenwoordiger. Dit gevaar schuilt ook in de casus: de zoon klaagt terecht aan dat zijn vader noch een ander familielid betrokken werd bij de beslissing tot fixatie, maar stelt tegelijk zijn standpunt bóven dat van de zorgverleners.

2.3. Benadering vanuit de relatie

Beide benaderingen bevatten positieve en negatieve elementen. Beide leggen de nadruk op individuen, namelijk de zorgverleners of de bewoner. Wij kiezen uitdrukkelijk voor een derde, met name een personalistische of relationele benadering. Daarmee leggen wij de nadruk op de relatie tussen de personen. We zien mensen immers niet alleen als individuen, maar ook als personen. Het woord *individu* beschouwt de mens als een op zichzelf staand wezen, zelfstandig en onderscheiden van anderen. Met *persoon* daarentegen

benadrukken we de openheid en de betrokkenheid van de mensen op elkaar.

In een personalistische benadering staan bijgevolg niet de individuen centraal, de zorgverleners *of* de bewoners, maar wel de relatie tussen de personen: de zorgverleners *en* de bewoners *en* hun familie. Evenmin gaat het om de individuele verantwoordelijkheid van zorgverleners of bewoners, maar om de gedeelde en gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgverleners, bewoners en familie. Precies omwille van de openheid en betrokkenheid halen we er de familie als partner bij. De familie moet dan weliswaar echt open staan voor en betrokken zijn bij de bewoner. Heel wat keuzes winnen aan kwaliteit en effectiviteit als de familie ze mee ondersteunt. Als we vanuit deze benadering naar de casus van meneer Peters kijken, dan had de beslissing tot fixeren moeten worden genomen in onderling overleg tussen zorgverleners, bewoner en familie.

In deze relationele benadering komen opnieuw andere waarden op de voorgrond, namelijk verbondenheid en vertrouwen. Het zijn relationele waarden die de verbinding maken tussen zorg en onschendbaarheid uit de benadering van de zorgverleners, en autonomie en participatie uit de benadering van de bewoner. We kunnen enkel zinvol omgaan met het spanningsveld tussen wat de zorgverleners denken dat goed is voor de bewoner en wat de bewoner of familie denken dat goed is, als er verbondenheid en vertrouwen is tussen de betrokkenen.

2.4. Overleg tussen zorgverleners, bewoner en familie

Vanuit deze personalistische benadering stellen wij het overleg tussen zorgverleners, bewoner en familie voor als algemeen model om keuzes te maken in de zorg. Ook de keuze om al dan niet te fixeren is dan een onderwerp dat moet worden besproken in het overleg tussen de betrokkenen partners.

Het overleg tussen zorgverleners, bewoner en familie situeert zich altijd in een ontmoeting. In deze ontmoeting gaat het niet alleen om de inhoud, maar ook om de manier waarop mensen zich tot elkaar verhouden en met elkaar communiceren. Communicatie is niet alleen verbaal, maar ook non-verbaal. Houding en aandacht zijn

reeds een vorm van communicatie. Het overleg heeft ook steeds plaats in de context van een organisatie. Het is heel belangrijk dat er een cultuur van dialoog kan groeien op een dienst of in een voorziening en dat de directie en het beheer daartoe de nodige ondersteunende voorwaarden scheppen.

Het overleg bestaat uit verschillende elementen, namelijk informeren, motiveren en evalueren. Essentieel is dat er bij dit informeren, motiveren en evalueren telkens een tweerichtings-verkeer is tussen de betrokken partners.

Het informeren begint bij de bewoner. De bewoner is immers expert over zijn of haar eigen levenssituatie. Meestal is de familie dit ook. Daarom lichten de bewoner en familie de zorgverleners voldoende in over het levensverhaal van de bewoner en over de wensen in verband met een mogelijke fixatie. Indien ze dit niet spontaan doen, nodigen de zorgverleners hen uit die informatie te geven. In de casus hebben meneer Peters en de familie zeker zinvolle zaken te vertellen over zijn levensverhaal en hun wensen. De zorgverleners van hun kant bieden professionele deskundigheid. Daarom informeren ze op hun beurt de bewoner en familie over de verschillende handelingsmogelijkheden in verband met fixeren. Ze geven voorafgaandelijk op een zo objectief mogelijke en voor de bewoner en familie begrijpelijke wijze informatie over fixeren en over de verschillende alternatieven. Het creatief zoeken naar alternatieven is heel belangrijk. Bij elk van de mogelijkheden lichten de zorgverleners hun doel en aard, voor- en nadelen, gevolgen en risico's toe. Zijn er in de casus alternatieven voor het fixeren van meneer Peters?

Aan de hand van deze wederzijdse informatie proberen zorgverleners, bewoner en familie te komen tot een overwogen keuze. Ze luisteren naar mekaars opvattingen en argumenten, gevoelens en emoties. Ze houden rekening met mekaars opmerkingen en verlangens. Ze bevragen zichzelf en elkaar op kritische wijze. Ze wegen af wat er in die keuze voor fixeren of in de alternatieven waardevol is en wat niet, en proberen dit te motiveren. Samen proberen ze tot een consensus of overeenstemming te komen. Ook al kan dit motiveringsproces heel wat tijd vragen, het behoort tot de essentie van

de zorg en het vergroot de kans dat de keuze werkelijk door zorgverleners, bewoner en familie samen wordt uitgevoerd.

Het is belangrijk dat de zorgverleners de bewoner en familie motiveren voor een bepaalde keuze. Daarbij moeten de motieven van de zorgverleners gericht zijn op de goede zorg. Als de zorgverleners de informatie manipuleren of geen echte keuzevrijheid bieden aan de bewoner, dan wordt het motiveren dwang. Bij het wederzijds motiveren van de keuze is het evenzeer van belang dat de bewoner en familie hun motieven kenbaar maken, ook al kunnen deze onderling verschillen. Op hun beurt kunnen zij de zorgverleners motiveren om met hun wensen en verlangens rekening te houden. De zorgverleners proberen de motieven zo goed mogelijk te begrijpen. Het wederzijds motiveren van elkaar en van de keuze is in de casus van meneer Peters geenszins gebeurd.

Wanneer zorgverleners, bewoner en familie dan de keuze hebben gemaakt en uitgevoerd, evalueren ze ook samen deze keuze. De zorgverleners evalueren de keuze bovendien in het team. Dit evalueren wordt mogelijk het uitgangspunt voor een opnieuw informeren en motiveren van een andere keuze.

2.5. Overleg en toestemming

Dit overlegmodel is ons inziens in overeenstemming met de Wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002. Deze wet stelt dat de bewoner het recht heeft om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de zorgverleners. De toestemming moet niet expliciet, maar kan ook impliciet worden gegeven wanneer de zorgverleners uit de gedragingen van de bewoner redelijkerwijze de toestemming kunnen afleiden (art. 8 § 1). Het overlegmodel voldoet ruimschoots aan de voorwaarden voor een impliciete toestemming omdat de zorgverleners doorheen het proces van overleg redelijkerwijze uit de uitspraken en gedragingen van de bewoner zijn of haar toestemming kunnen afleiden.

Vanuit onze relationele benadering verkiezen we duidelijk het overlegmodel boven geïnformeerde toestemming. Zoals letterlijk in de wet beschreven staat, is geïnformeerde toestemming immers

geen wederkerig relationeel gebeuren. Niet alleen de informatieverstrekking is éénrichtingsverkeer, in de zin dat de zorgverleners informatie verschaffen aan de bewoner. Ook de toestemming is éénrichtingsverkeer, zij het in de andere richting, omdat de bewoner toestemming geeft aan de zorgverleners. In het overleg zijn informeren en motiveren nadrukkelijk tweerichtingsverkeer. Slechts door die wederkerigheid kunnen de betrokken partners streven naar overeenstemming.

2.6. Kritische reflectie van de zorgverleners

Om het overleg met de bewoner en de familie goed te kunnen voeren, moeten de zorgverleners vanuit hun professionaliteit zelf eerst onder elkaar overleggen en elkaar kritisch bevragen. In de ouderenzorg willen we steeds meer multidisciplinair samenwerken onder arts(en), paramedici, verpleegkundigen en verzorgenden. Alle zorgverleners hebben een gedeelde en gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het geheel van de zorg en dus ook voor het fixeren van bewoners.

Om die gezamenlijke verantwoordelijkheid gestalte te geven, is het best dat het hele team nadenkt over het fixeren van bewoners. Het team kan een algemene zorgvisie uitwerken voor alle bewoners en daarin een specifieke visie op fixeren ontwikkelen. De visie op fixeren bevat de mogelijke doelgroep, de doelstellingen en de middelen. Daarin kan ook een procedure of protocol voor fixeren worden opgenomen. De procedure mag echter geen keurslijf voor het handelen worden, maar moet eerder wijzen op belangrijke aandachtspunten en attitudes bij het fixeren. Het opstellen van deze algemene visie is een opdracht voor een multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners. De visie geldt op middellange termijn maar kan regelmatig worden bijgesteld.

Om recht te doen aan de individuele situatie en noden van de bewoner, concretiseren de zorgverleners deze algemene visie in een individueel zorgplan voor elke bewoner afzonderlijk. In dat individueel zorgplan concretiseren ze ook de visie op fixeren en de procedure naar de situatie van de bewoner. Het is heel belangrijk dat de zorgverleners dit individueel zorgplan opstellen in overleg met de bewoner en met de familie. Het individueel zorgplan geldt op korte

termijn en moet voortdurend worden geëvalueerd en bijgestuurd. Op deze manier wordt het onmogelijk dat een familielid onverwacht wordt geconfronteerd met fixatie van een bewoner, zoals in de casus van meneer Peters. Het overleg over fixeren wordt immers ingebouwd in het overleg met de bewoner en familie over het individueel zorgplan.

Niettemin zijn de concrete situaties steeds anders dan in een algemene zorgvisie en in een individueel zorgplan voorzien is. Daarom hebben de zorgverleners die effectief fixeren een bijzondere verantwoordelijkheid. Ze zijn persoonlijk verantwoordelijk voor de daden die ze stellen en dus voor het fixeren dat ze op een bepaald moment uitvoeren. Dit zal wellicht geen probleem zijn als ze volledig in overeenstemming met de algemene visie en het individueel zorgplan kunnen handelen. Maar soms is de situatie anders dan voorzien. Dan moeten zorgverleners hun verantwoordelijkheid opnemen zonder dat ze nog kunnen overleggen met collega's, met de bewoner of familie. De persoonlijke verantwoordelijkheid heeft dan het laatste woord. Maar ook de arts heeft een bijzondere verantwoordelijkheid. Hij of zij is immers aansprakelijk voor de medische behandeling van de individuele bewoner.

Bij het opstellen van de algemene visie of het individuele zorgplan of bij het uitvoeren van een fixatie is het heel belangrijk dat zorgverleners zichzelf voortdurend op een kritische wijze bevragen, als groep én als individu. Wat zijn we bij fixatie eigenlijk aan het doen? Zijn er alternatieven? Waarom fixeren we? Hoe fixeren we? Hoe kunnen we de verantwoordelijkheid gezamenlijk dragen?

Bij een dergelijke kritische zelfbevraging kunnen attitudes, vaardigheden, klinische praktijkervaring, wetenschappelijke kennis en bewonersperspectief aan bod komen. Zijn onze attitudes voldoende respectvol en hoe kunnen we ons respect uitdrukken? Hebben we gepaste technische en communicatievaardigheden bij het fixeren en hoe kunnen we die eventueel verder ontwikkelen? Wat is onze praktijkervaring met fixeren en hoe kunnen we die confronteren met de goede praktijken van anderen? Wat kunnen we leren van de theorieën en praktijkmodellen uit de literatuur en hoe kunnen we deze kritisch integreren? Hebben we genoeg aandacht

voor het perspectief van de bewoners bij het fixeren en hoe kunnen we ons handelen toetsen aan hun beleven?

2.7. Betrokkenheid van familie en vertegenwoordiger

In het overleg is de familie uiteraard een belangrijke partner. Meestal stellen zich hier geen problemen en is de familie werkelijk betrokken bij de bewoner. Om na te gaan of een familielid werkelijk bij de bewoner betrokken is, kunnen we twee criteria voorstellen: uit de feitelijke contacten tussen het familielid en de bewoner moet blijken dat er een vertrouwensrelatie is en dat het familielid de belangen van de bewoner positief behartigt. Als een familielid niet aan deze twee criteria zou voldoen, dan is er een probleem. Als dat familielid bovendien nog de wettelijke vertegenwoordiger van de bewoner zou zijn, dan is het probleem nog ernstiger. Zowel voor de positieve als voor de negatieve situaties is het belangrijk de wettelijke regelingen te kennen. De Wet betreffende de rechten van de patiënt biedt voor het eerst een wettelijke regeling voor de vertegenwoordiging van de bewoner.

Op de eerste plaats kan de bewoner voorafgaandelijk en schriftelijk een vertegenwoordiger aanduiden. Deze aanstelling ligt volledig in de lijn van het zelfbeschikkingsrecht: de bewoner is volledig vrij iemand aan te wijzen. Deze door de bewoner benoemde vertegenwoordiger kan dan toestemming geven in de plaats van de bewoner, indien en zolang als de bewoner niet in staat is deze rechten zelf uit te oefenen (art. 14 § 1). De aanstelling door de bewoner en de aanvaarding van het mandaat door de vertegenwoordiger moeten weliswaar schriftelijk gebeuren.

Indien de bewoner zelf geen vertegenwoordiger heeft aangewezen of deze persoon niet wil of kan optreden, dan treedt een feitelijke vertegenwoordiger op. Dit is op de eerste plaats de samenwonende echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner of feitelijk samenwonende partner (art. 14 § 2). Indien ook deze persoon ontbreekt of dat niet wenst, dan zijn volgende personen in dalende volgorde feitelijk vertegenwoordiger: een meerderjarig kind, een ouder, een meerderjarige broer of zus van de bewoner (art. 14 § 2). Dit cascadesysteem geeft een wettelijke basis aan wat zorgverleners in de praktijk meestal deden. In het voorbeeld van

meneer Peters is zijn echtgenote dus de wettelijke vertegenwoordiger, tenzij hij uitdrukkelijk iemand anders als vertegenwoordiger zou hebben aangesteld. Indien zijn echtgenote niet zou willen of kunnen optreden, dan is de zoon vertegenwoordiger.

Indien ook de feitelijke vertegenwoordiger ontbreekt of niet wil of kan optreden, dan zouden we juridisch in een impasse terechtkomen. Om dit te vermijden voorziet de wet dat de zorgverleners, in voorkomend geval in multidisciplinair overleg, de belangen van de bewoner behartigen (art. 14 § 2). Deze belangenbehartiging is ook van toepassing bij een conflict tussen twee of meer van de genoemde feitelijke vertegenwoordigers. Zowel bij de vertegenwoordiging als bij de belangenbehartiging wordt opgemerkt dat de bewoner zoveel mogelijk en in verhouding tot zijn begripsvermogen betrokken wordt bij de toestemming (art. 14 § 2).

3. VERANTWOORDING VAN HET FIXEREN

De ethische reflectie heeft niet alleen betrekking op de vraag wie verantwoordelijk is voor fixeren, maar ook op de vraag waarom fixeren verantwoord kan zijn. Het is onmogelijk daar een eenduidig antwoord op te geven. Of fixeren al dan niet verantwoord is, hangt af van een veelheid van factoren. Om met die factoren op de gepaste wijze rekening te houden, hebben we een methodiek nodig. Wij kiezen voor een methodiek die gebaseerd op een fundamenteel inzicht uit de traditie van de ethiek, namelijk dat het morele karakter van een handeling afhangt van drie elementen: de intentie van de handelende persoon, het object van de handeling zelf en de omstandigheden. Deze laatste omvatten zowel de situatie als de gevolgen van de handeling.

Wij hertalen deze begrippen naar de hedendaagse ouderenzorg en stellen vier elementen voor: de situatie, de handelingsmogelijkheden, de betekenissen en de gevolgen. Pas als we deze vier elementen verhelderd hebben, komen we tot het vijfde element, de kern van de ethische reflectie, met name het afwegen van de waarden. We kunnen er nog een zesde element aan toevoegen, namelijk het uitvoeren van de fixatie.

Bij het verhelderen van de eerste vier elementen moeten we onze waardeoordelen tijdelijk opschorten en onze vooroordelen relativiseren. Als we dan reeds evaluaties maken, springen we naar het eindpunt van het proces en blokkeren we de hele dynamiek van de ethische reflectie. Enkel bij het vijfde element brengen we onze waardeoordelen expliciet naar voren.

Deze methodiek kan voor verschillende doelstellingen worden gebruikt. Zorgverleners kunnen deze methodiek toepassen om hun algemene visie op fixeren te ontwikkelen. Maar ze kunnen deze methodiek ook gebruiken om de algemene visie te concretiseren in het individuele zorgplan van een bewoner. Nog meer in de praktijk kunnen de zorgverleners deze methodiek volgen om in een particuliere situatie te beslissen of fixeren verantwoord zou zijn. Ten slotte kunnen ze met deze methodiek evalueren of een bepaalde fixatie in een particuliere situatie verantwoord was. Dit alles kan zowel in team als individueel gebeuren. Wij zullen bij de ontwikkeling van de methodiek verwijzen naar de casus van meneer Peters.

3.1. Analyseren van de situatie

De zorgverleners beginnen met een analyse van de situatie. Het is immers onmogelijk tot een goede ethische reflectie te komen vanuit foute of onvolledige informatie of vanuit een verkeerde analyse. Daarom analyseren de zorgverleners de situatie van meneer Peters in haar complexiteit en in haar context. Wat is zijn voor geschiedenis en hoe is zijn actuele situatie? Kan hij zijn gedrag niet meer controleren of is zijn veiligheid in gevaar? Welke mogelijkheden en beperkingen heeft hij? Hoe ziet hij deze zelf en welke wensen heeft hij? Hoe kijken de medebewoners en de betrokken familieleden naar zijn situatie? Hoe zien de zorgverleners zijn situatie? Wat zijn de opvattingen vanuit de verschillende zorgvisies en praktijkmodellen over zijn situatie? Slechts door te luisteren naar en kennis te nemen van de verschillende persoonlijke en professionele visies kunnen de zorgverleners komen tot een zo juist mogelijke analyse.

3.2. Zoeken naar handelingsmogelijkheden

Op basis van deze analyse zoeken de zorgverleners naar verschillende handelingsmogelijkheden. Veelal hebben we de neiging zwart-wit te denken en slechts twee tegengestelde oplossingen te zien. Ofwel fixeren de zorgverleners meneer Peters ofwel niet. Is het fixeren werkelijk nodig? Alternatieven zijn echter vaak interessant omdat ze de positieve elementen uit de verschillende handelingsmogelijkheden combineren en de negatieve elementen vermijden. Welke handelingen zijn mogelijk? Zijn er alternatieve handelingsmogelijkheden voor het fixeren? Welke keuzes kunnen worden gemaakt onder de middelen om te fixeren? Naarmate er keuze is tussen meer mogelijkheden, wordt de ethische reflectie rijker en de kans groter om tot een verantwoorde keuze te komen. De zorgverleners hebben bijgevolg de opdracht creativiteit aan de dag te leggen en nieuwe perspectieven op de situatie te zoeken.

3.3. Verhelderen van de betekenissen

Bij elk van de handelingsmogelijkheden verhelderen de zorgverleners de betekenissen. Elke situatie en elke handelingsmogelijkheid heeft immers voor iedere betrokkene subjectieve betekenissen. Deze betekenissen ontstaan vanuit vroegere belevingen in de levensgeschiedenis en opvoeding, vanuit belevingen in het hier en nu en vanuit verwachtingen voor de toekomst. Meestal gaat het niet om één enkele, maar om vele betekenissen. Wat betekent elk van de handelingsmogelijkheden voor meneer Peters? Hoe staat hij tegenover fixeren of niet fixeren of tegenover de alternatieven voor fixeren? En wat betekenen deze mogelijkheden voor de andere bewoners? Wat is de betekenis van elk van de handelingsmogelijkheden voor de familie van meneer Peters? Wat betekenen ze voor de zorgverleners? Hoe spelen de persoonlijke levensgeschiedenis, de actuele situatie en de toekomstverwachtingen van de betrokkenen daarin een rol? Het is ook belangrijk rekening te houden met de psychische en sociale verankering van deze betekenissen. Ze kunnen getekend zijn door uitdrukkelijke of sluimerende psychische conflicten, het sociale milieu, een levensbeschouwelijke of religieuze overtuiging enz. De opsluiting in de lift blijft een belangrijke rol spelen in de beleving van meneer Peters en zijn familie.

Dit geheel van subjectieve betekenissen leidt tot motieven: de betekenissen motiveren de zorgverleners voor een bepaalde handlingsmogelijkheid. Ook hier spelen allerlei psychische en sociale invloeden mee. Bij het maken van een keuze is het belangrijk dat zorgverleners zich van deze subjectieve betekenissen bewust worden, zodat ze hun persoonlijke motieven kunnen onderscheiden van de meer zorggerichte motieven. Hoe acuter of gevoeliger de situatie is, hoe meer we immers de neiging hebben om op de eerste plaats te reageren vanuit persoonlijke, subjectieve motieven. Wat zijn de motieven of beweegredenen van de zorgverleners? Welke doelstellingen hebben ze als ze meneer Peters willen fixeren of niet fixeren of een alternatief voorstellen? Hebben hun motieven te maken met hun houding tegenover meneer Peters? Of zijn ze eerder geïnspireerd door een bepaalde visie op zorg? Zijn ze beïnvloed door de belangen van de dienst of voorziening? Welke verborgen psychische of sociale motieven spelen er in de keuze mee? Werken er levensbeschouwelijke of religieuze opvattingen in door? Kunnen de zorgverleners deze motieven voor zichzelf verhelderen? Kunnen ze de emotionele van de redelijke, en de persoonlijke van de zorggerichte motieven onderscheiden?

3.4. Verhelderen van de gevolgen

Een keuzemogelijkheid heeft niet alleen subjectieve betekenissen, maar heeft ook steeds een meer objectief karakter, namelijk in de gevolgen ervan. Daarom is het belangrijk dat de zorgverleners alle gevolgen van de handeling verhelderen en ermee rekening houden. Ze zijn echter alleen verantwoordelijk voor de voorziene gevolgen, en niet voor de onvoorziene, tenzij ze door eigen nalatigheid geen weet hadden van deze gevolgen. In dat geval zijn ze verantwoordelijk voor hun onwetendheid. Wat zijn de voorziene gevolgen voor meneer Peters bij het fixeren of bij het niet fixeren of bij een alternatief?

Onder de voorziene gevolgen houden zorgverleners zowel rekening met de bedoelde of gewenste effecten als met de niet-bedoelde of ongewenste effecten van de handeling. Wat willen de zorgverleners bereiken bij het fixeren of het niet fixeren of bij de alternatieven voor het fixeren van meneer Peters? Wat zijn de

neveneffecten die ze eigenlijk niet wensen? Zal het fixeren ongerustheid of agressie oproepen bij meneer Peters? Kan zijn veiligheid vanuit deze reactie in gevaar komen?

Verder kunnen de zorgverleners een onderscheid maken tussen de gevolgen op individueel en sociaal vlak, op korte en lange termijn, op lichamelijk en psychisch vlak. Wat zijn de gevolgen voor meneer Peters, voor zijn relaties, voor zijn familie, voor de andere bewoners, voor de dienst, voor de zorgverleners? Wat zijn de gevolgen op korte, middellange en lange termijn voor meneer Peters en de andere betrokkenen? Wat zijn de gevolgen op lichamelijk vlak? Wordt zijn veiligheid het best gediend met fixeren of met niet fixeren of met een alternatief? Hoe ervaart meneer Peters het fixeren op psychisch vlak? Kan hij dit fixeren een zinvolle plaats geven in zijn dagelijks leven? Of ervaart hij fixeren als een machtsuitoefening die de zinvolheid van zijn leven in het gedrang brengt? Er kan een spanning, zelfs een tegenstelling ontstaan tussen al deze gevolgen. Welke keuzemogelijkheid biedt het meest positieve gevolgen en vermijdt het meest negatieve gevolgen?

3.5. Afwegen van waarden

Pas als de zorgverleners de situatie en handelingsmogelijkheden hebben geanalyseerd en ze de betekenissen en gevolgen grondig hebben verhelderd, kunnen ze aandacht besteden aan de onderliggende waarden. Waar ze bij de eerste vier elementen hun waardeoordelen opschortten, komen de waarderingen nu uitdrukkelijk naar voren. De kern van de ethische reflectie bestaat er immers in dat de zorgverleners de onderliggende waarden afwegen.

De vraag is natuurlijk om welke waarden het gaat. Bij de bespreking van de verschillende benaderingen van de relatie tussen zorgverleners en bewoner kwamen reeds verschillende waarden naar voren: zorg en onschendbaarheid in de benadering vanuit de zorgverleners, autonomie en participatie in de benadering vanuit de bewoner en verbondenheid en vertrouwen in de benadering vanuit de relatie.

Wij beschouwen deze waarden als fundamenteel omdat ze bij fixeren steeds naar voren komen. Als de zorgverleners beslissen om meneer Peters te fixeren, dan doen ze dit vanuit een bepaalde opvat-

ting van zorg en om de onschendbaarheid van meneer Peters te beschermen. Onvermijdelijk beperken ze dan zijn autonomie als keuze- of bewegingsvrijheid en zijn participatie aan de gemeenschap. Indien ze fixeren zonder voorafgaand overleg schenden ze ongetwijfeld de verbondenheid en het vertrouwen. Als de zorgverleners daarentegen meneer Peters niet fixeren, dan doen ze dit vanuit een andere opvatting van zorg en staan ze op een andere manier tegenover de bescherming van de onschendbaarheid. Wellicht lopen ze meer risico. Ongetwijfeld geven ze meer kansen tot autonomie en participatie. Ze behouden de verbondenheid en het vertrouwen.

Welke afweging de beste is, kunnen we niet op voorhand bepalen. Er is geen vooraf vaststaande rangorde of prioriteit in deze waarden. Geen enkele waarde is op zich beter of hoger dan een andere, noch de waarde van de onschendbaarheid noch de waarde van de autonomie. De afweging is ethisch verantwoord als er een redelijke of proportionele verhouding is tussen de waarden die we kunnen respecteren of bevorderen en de waarden die we onvermijdelijk bedreigen of schenden. Om die waarden in een particuliere situatie af te wegen, moeten de zorgverleners rekening houden met die situatie, de handelingsmogelijkheden, de betekenissen en de gevolgen. Om verdere aanwijzingen te geven over hoe de zorgverleners die waarden kunnen afwegen, stellen we drie criteria voor waaraan tegelijk moet worden voldaan.

Het eerste criterium is dat de bewoner onvoldoende innerlijk vermogen heeft om het eigen gedrag te kiezen of te controleren. Dit vermogen tot autonomie of tot vrije keuze is immers de voorwaarde voor de waarde van de autonomie of voor de keuzevrijheid. De bewegingsvrijheid van de bewoner mag dus alleen door fixatie beperkt worden indien de bewoner zelf niet meer in staat is zijn of haar gedrag te kiezen of te controleren. De zorgverleners moeten zoveel mogelijk een beroep doen en blijven doen op de eigen vermogens van de bewoner om het bedrag te beheersen. Kan meneer Peters, gezien zijn dementie, zijn gedrag nog zelf bepalen of controleren?

Het tweede criterium bepaalt dat de fysieke of psychische integriteit of onschendbaarheid van de bewoner ernstig zou worden

geschaad zonder het gebruik van fixatie. Fixatie staat hier in dienst van de bescherming van de waarde van de onschendbaarheid van de persoon. Het fixeren moet dan ook werkelijk de fysieke en psychische integriteit van de bewoner beschermen. De zorgverleners zullen hier dus afwegen welke schade ze aan de integriteit van de bewoner willen voorkomen en welke schade ze mogelijk aan de integriteit aanrichten door te fixeren. Fixatie is alleen verantwoord indien de zorgverleners op korte en lange termijn meer schade kunnen voorkomen dan veroorzaken. Zou er ernstige schade worden aangericht aan de fysieke en psychische integriteit van meneer Peters indien de zorgverleners niet zouden fixeren? En welke schade aan de fysieke of psychische integriteit kan meneer Peters oplopen als de zorgverleners hem wel fixeren?

Het derde criterium ten slotte stelt dat er een proportionele of redelijke verhouding moet zijn tussen de beperking van vrijheid en de schade die anders aan de integriteit zou worden aangericht. De zorgverleners mogen dus niet méér vrijheid beperken dan noodzakelijk is. Ze mogen ook niet langer de vrijheid beperken dan strikt noodzakelijk is. Maar vooral moeten de zorgverleners nagaan of er maatregelen mogelijk zijn die de schade aan de integriteit kunnen vermijden met minder vrijheidsbeperking. Dit criterium heeft nog vergaande consequenties. Er moet immers een afweging gemaakt worden tussen de beperking van vrijheid en de schade aan integriteit. Het is mogelijk dat uit het overleg tussen zorgverleners, bewoner en familie blijkt dat de vrijheidsbeperking negatiever wordt geëvalueerd dan mogelijke schade aan de integriteit. Verkiest meneer Peters meer vrijheidsbeperking en minder risico op schade aan zijn integriteit? Of verkiest hij juist meer vrijheid en aanvaardt hij het risico van schade aan zijn integriteit? Hoe ziet de familie de verhouding tussen vrijheidsbeperking en schade aan de integriteit? Welke afwegingen maken de zorgverleners?

3.6. Uitvoering van fixatie

Eens de beslissing genomen, moet ze ook worden uitgevoerd. We wijzen op twee aandachtspunten om de attitude en het handelen bij het uitvoeren van fixatie te bevragen.

Een eerste is het respect voor de waardigheid van de persoon. Eenzelfde vrijheidsbeperkende maatregel kan op verschillende manieren worden uitgevoerd. Het komt erop aan dat de zorgverleners uitgaan van een houding van respect voor de persoon en handelen op een manier die recht doet aan zijn of haar waardigheid. Het humane karakter van de uitvoering maakt het ethisch verschil. Door in de casus meneer Peters aan te spreken bij zijn naam en uit te leggen hoe en waarom ze fixeren, drukken de zorgverleners hun respect voor zijn waardigheid uit.

Een tweede aandachtspunt is de persoonlijke beleving van de bewoner en de familie. Het gebeurt immers vaak dat zij de fixatie op een andere manier beleven dan de zorgverleners bedoelen, namelijk als overmacht, vernedering of straf. Daarom is het belangrijk dat de zorgverleners luisteren naar hun beleving, hun gevoelens en emoties helpen verhelderen en zoeken naar de betekenissen ervan. Ze kunnen op gepaste wijze ook iets vertellen over hun eigen emoties en motieven. Hoe beleeft meneer Peters de fixatie? Hoe ervaart de familie de fixatie? Hoe beleven de zorgverleners het?

Ten slotte zullen de zorgverleners de gevolgen van de uitvoering moeten evalueren. Bereiken ze de gevolgen die ze gewenst hadden? De afweging van waarden die de zorgverleners op een bepaald moment hebben gemaakt, moeten ze dus op geregelde tijdstippen evalueren. Dit kan leiden tot een bevestigen van de keuze, maar ook tot een nieuwe reflectie om in gewijzigde omstandigheden of met nieuwe kennis van zaken een afweging te maken.

4. BESLUIT

Bij het begin van deze bijdrage hebben we de vraag gesteld wie verantwoordelijk is voor het fixeren en wanneer fixeren verantwoord is. De kern van het antwoord op de eerste vraag ligt in onze benadering van de relatie tussen de betrokkenen. Wij benaderen ouderenzorg niet louter individueel vanuit het standpunt van de zorgverleners of vanuit het standpunt van de bewoner, maar personalistisch vanuit de relatie tussen zorgverleners, bewoners en familie. Bijgevolg is de weg om te komen tot een beslissing over al

dan niet fixeren het overleg waarbij de betrokken partners elkaar wederzijds informeren en motiveren. De betrokkenen streven daarbij naar consensus en de zorgverleners reflecteren op kritische wijze over hun handelen.

De kern van het antwoord op de vraag wanneer fixeren verantwoord is, ligt in het afwegen van waarden: zorg en onschendbaarheid, autonomie en participatie, en verbondenheid en vertrouwen. Bij het afwegen van de proportionele verhouding tussen deze waarden kunnen drie criteria ons helpen: onvoldoende vermogen tot autonomie van de bewoner, ernstige schade aan de fysieke of psychische onschendbaarheid, en proportionaliteit tussen de ernst van de schade en de beperking van de vrijheid. Om dit af te wegen moeten de zorgverleners een methodische weg gaan van verheldering van de situatie, de handelingsmogelijkheden, de betekenissen en de gevolgen. Deze weg gaan ze best niet alleen, maar in overleg met de bewoner en de familie. Goed overleg leidt immers tot een meer gegronde afweging.

5. LITERATUUR

HAEKENS, A., *Beslissingsbekwaamheid in de gerontopsychiatrische context* (Acta Biomedica Lovaniensa, 186), Leuven, University Press Leuven, 1998, xlv + 183 p.

LIÉGEOIS, A., *Begrensde vrijheid. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*, Kapellen, Pelckmans, 1997, 239 p.

VAN DELDEN, J., HERTOOGH, C. en MANSCHOT, H., (red.), *Morele problemen in de ouderenzorg*, Assen, Van Gorcum, 1999, vi + 228 p.

VAN DER AREND, A. en GASTMANS, C., *Ethisch zorg verlenen. Handboek voor de verpleegkundige beroepen*, Baarn, Intro, 4^{de} herziene ed., 2002, 218 p.

Wet betreffende de rechten van de patiënt, 22 augustus 2002, *Belgisch Staatsblad* 26 september 2002, p. 43719-43723.